

РАЗРЕШЕНИЕ AUTHORIZATION

РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ ДОКУМЕНТОВ СЛЕДУЮЩЕГО ЛИЦА:

ФАМИЛИЯ	ИМЯ	ОТЧЕСТВО	ДАТА РОЖДЕНИЯ
---------	-----	----------	---------------

Следующая информация может помочь найти документы:		ПРЕЖНИЕ ИМЕНА	
--	--	---------------	--

ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА	ДРУГОЙ ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР	ДАТЫ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ	МЕСТО ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ УСЛУГ
---------------------------------	--------------------------------	---------------------------	----------------------------

КОМУ МОЖНО ПРЕДОСТАВИТЬ ИНФОРМАЦИЮ:

ФАМИЛИЯ	ИМЯ	ОТЧЕСТВО	ЗВАНИЕ
---------	-----	----------	--------

НАЗВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ИЛИ КОМПАНИИ, ЕСЛИ ПРИМЕНИМО

АДРЕС ГОРОД ШТАТ ИНДКС

НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД РАЙОНА)	ФАКС (ВКЛЮЧАЯ КОД РАЙОНА)	АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ	
-------------------------------------	---------------------------	-------------------------	--

ОСНОВАНИЕ ДЛЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ

РАЗРЕШЕНИЕ:

ИСТОЧНИКИ: Я разрешаю сотрудникам следующих программ предоставить конфиденциальную информацию, имеющую отношение ко мне, или обеспечить доступ к такой информации, как описано ниже. Информация может быть предоставлена устно или путем пересылки компьютерных данных, а также по почте, факсу или курьером.

- Только для следующих программ (отметьте все соответствующие программы):
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Управление по обслуживанию пожилых и инвалидов
<input type="checkbox"/> Программы помощи Управления экономического обслуживания
<input type="checkbox"/> Управление финансовых услуг
<input type="checkbox"/> Управление медицинской помощи
<input type="checkbox"/> Отделение профессиональной реабилитации | <input type="checkbox"/> Управление по защите детей
<input type="checkbox"/> Отдел по оказанию помощи детям
<input type="checkbox"/> Управление по вопросам реабилитации несовершеннолетних
<input type="checkbox"/> Отдел по вопросам злоупотребления алкоголем и наркотиками
<input type="checkbox"/> Отделение психического здоровья (Mental Health Division), включая больницы штата |
|---|--|
- Другое: _____
- Для всех отделений Департамента социального обеспечения и здравоохранения (Department of Social and Health Services, DSHS)

ДОКУМЕНТЫ: Я даю разрешение на предоставление следующих документов:

- Документы о клиенте, хранящиеся в отделениях DSHS, указанных выше Все документы обо мне как о клиенте
 Конфиденциальные документы, хранящиеся в отделениях DSHS, указанных выше Документы, указанные в прилагаемом списке
 Только следующие документы:

Я хочу ограничить документы, содержание которых будет раскрыто, следующим образом (по дате, типу документа и т.п.):

ПОЖАЛУЙСТА, ПОМНИТЕ: Если документы о вас как о клиенте или конфиденциальные документы содержат какую-либо информацию, указанную ниже, вы также должны заполнить приведенный ниже раздел, чтобы дать разрешение на предоставление этих документов.

СПЕЦИАЛЬНЫЕ ДОКУМЕНТЫ: Я даю разрешение на предоставление следующих документов (отметьте все соответствующие документы):

- Результаты анализов на ВИЧ/СПИД и заболевания передаваемые половым путем, документы, содержащие диагноз или сведения о лечении (RCW 70.24.105)
 Документы, связанные с психическим здоровьем (RCW 71.05.620), включая:
 Документы по лечению от химической зависимости (CD) (42 CFR, Часть 2), включая:

- Данное разрешение действительно в течение 90 дней или до _____ (дата или событие).
- Я могу отозвать или аннулировать свое разрешение в письменном виде в любое время, но это никак не отразится на уже раскрытой информации.
- Я понимаю, что мои документы уже не могут быть защищены законами, действующими в отношении департамента DSHS, после того, как я дам разрешение на их предоставление.
- Копия данной формы действительна в качестве моего разрешения на предоставление документов. Департамент DSHS может взимать плату за изготовление копий своих документов.

КЕМ РАЗРЕШЕНО (ПОДПИСЫ)	ДАТА ПОДПИСАНИЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА (ВКЛЮЧАЯ КОД РАЙОНА)
-------------------------	-----------------	-------------------------------------

ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ	СВИДЕТЕЛЬ/НОТАРИУС (ПОДПИСЬ И ИМЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ, ЕСЛИ ПРИМЕНИМО)
-----------------------	--

Если я не являюсь лицом, к которому относятся данные документы, я имею право подписать данную форму, так как я являюсь (приложите документ, подтверждающий ваше право):

- Родителем несовершеннолетнего лица Законным опекуном Личным представителем Другое:

Уведомление для получателей информации: Если данные документы содержат информацию о ВИЧ, заболеваниях, передаваемых половым путем, злоупотреблении алкоголем или наркотиками, то вы не можете разглашать эту информацию далее, согласно федеральным законам и законам штата, без специального разрешения, полученного от лица, к которому относятся данные документы, и не выполнив специальные законные требования.

ИНСТРУКЦИЯ ПО ЗАПОЛНЕНИЮ ФОРМЫ РАЗРЕШЕНИЯ

Цель: Вы должны использовать данную форму, если вы хотите, чтобы Департамент DSHS мог предоставить конфиденциальную информацию, касающуюся вас, другому лицу (включая адвоката, юриста или родственника). Вы можете дать разрешение на предоставление всех касающихся вас конфиденциальных документов, которые хранятся в Департаменте DSHS, или вы можете ограничить свое разрешение отдельными документами или подразделениями данного учреждения. Эта форма также разрешает Департаменту DSHS обсуждать в устной форме вашу ситуацию с лицом, которому вы даете разрешение.

Уведомление для клиентов: Большая часть информации о клиентах, хранящаяся в Департаменте DSHS, является конфиденциальной, и она не может быть раскрыта другим лицам, за исключением случаев, когда вы даете на это разрешение, или если такое предоставление информации разрешено законом. Пожалуйста, помните, что после того как Департамент предоставит касающуюся вас конфиденциальную информацию, получатель этой информации может не хранить в тайне ваши документы в соответствии с теми же законами, которые действуют в отношении Департамента DSHS. Департамент DSHS не может отказать вам в предоставлении льгот, если вы не подпишете данную форму для того, чтобы разрешить Департаменту DSHS предоставить информацию, если только ваше разрешение не будет требоваться для определения вашего права на получение льгот. Для получения информации о том, как Департамент DSHS может раскрывать конфиденциальную информацию о клиенте, и о ваших правах на соблюдение конфиденциальности, пожалуйста, изучите "Уведомление о правилах соблюдения конфиденциальности Департамента DSHS" (DSHS Notice of Privacy Practices) или обратитесь к лицу, которое выдало вам данную форму.

Использование: Вы можете заполнить данную форму в электронном виде или от руки. Для перехода к отдельным пунктам используйте клавишу табуляции ("Tab") на клавиатуре компьютера. **Необходимо заполнить отдельную форму на каждого лица, для которого делается запрос, включая детей.** "Вы" обозначает лицо, к которому относятся данные документы.

Разделы формы

ИДЕНТИФИКАЦИОННАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ЛИЦЕ, К КОТОРОМУ ОТНОСЯТСЯ ДОКУМЕНТЫ:

- Имя: Укажите ваше полное имя или имя человека, чьи документы запрашиваются, если вы действуете от имени другого лица.
- Дата рождения: Пожалуйста, укажите эту информацию, которая необходима для того, чтобы отличить вас от лиц, носящих те же имена и фамилии.

НЕОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ, КОТОРАЯ МОЖЕТ ПОМОЧЬ НАЙТИ ДОКУМЕНТЫ:

- Прежние имена: Укажите все другие имена и фамилии, которые были использованы при получении льгот или услуг.
- Идентификационный номер клиента: Укажите любой номер, который мог быть назначен Департаментом DSHS.
- Другой идентификационный номер: Укажите номер социального обеспечения или другой идентификационный номер, который может помочь найти документы Департамента DSHS.
- Дата и место предоставления услуг: Укажите эту информацию, чтобы помочь Департаменту DSHS определить и найти документы, содержание которых может быть раскрыто.

ЛИЦО, ПОЛУЧАЮЩЕЕ ДОКУМЕНТЫ:

- Идентификационная информация: Пожалуйста, заполните этот раздел как можно более полно, чтобы мы смогли связаться с лицом или организацией, которые будут иметь доступ к касающейся вас конфиденциальной информации.
- Основание для предоставления информации: Эта информация требуется до того, как Департамент DSHS сможет раскрывать содержание документов, касающихся злоупотребления наркотиками и алкоголем или психического здоровья. Если вы не заполните данный пункт, Департамент DSHS укажет, что основанием для раскрытия информации был ваш запрос.

РАЗРЕШЕНИЕ

- Отделения Департамента DSHS: Пожалуйста, отметьте либо те отделения департамента DSHS, которые вы просите предоставить документы, либо отметьте нижний квадрат в этом разделе, если вы хотите предоставить доступ ко всем касающимся вас документам, которые есть у департамента DSHS. Если название необходимой программы не приведено в списке, то укажите его в пункте "Другое".
- Представляемая информация: Укажите документы, содержание которых по вашему желанию может быть раскрыто. Вы можете разрешить предоставление всех или части документов о вас как о клиенте, хранящихся в Департаменте DSHS. Вы также можете ограничить предоставление документов о клиенте только отделениями или учреждениями, отмеченными в указанном выше разделе, или конкретными документами, перечисленными в данной форме или в приложении, подписанном вами. Если существуют какие-либо ограничения в отношении того, какие документы могут быть раскрыты, то либо перечислите конкретные документы, либо опишите эти ограничения (например, по дате предоставления услуг или по типу документа).
- Документы, в отношении которых действуют ограничения: Если какие-либо документы могут содержать информацию о результатах анализов или лечении ВИЧСПИД или заболеваний, передаваемых половым путем, о лечении психических заболеваний или об услугах по лечению от наркотической или алкогольной зависимости, вы должны отметить каждый пункт, чтобы Департамент DSHS мог предоставить эти документы. Вам нужно заполнить отдельную форму, чтобы разрешить раскрытие заключений врачей-психотерапевтов (45 CFR 164.508(b)(3)(ii)).
- Срок действия: Эта форма действительна для того, чтобы дать доступ к информации, хранящейся в настоящее время в Департаменте DSHS. Срок действия вашего разрешения истекает через 90 дней после подписания или в любой другой день, указанный вами, за исключением разрешения на предоставление информации вашим врачом о вашем будущем медицинском обслуживании, которое ограничено сроком в 90 дней согласно ROW 7002030. Вы можете в любое время в письменной форме изменить разрешение на предоставление документов, но если информация уже была предоставлена, то будет слишком поздно что-либо сделать, чтобы не допустить ее раскрытия.
- Стоимость: Закон об открытом предоставлении информации, содержащийся в положениях Свода пересмотренных законов штата Вашингтон (ROW) 4217260 и Административного кодекса штата Вашингтон (WAC) 388-08-080, позволяет Департаменту DSHS взимать плату за копирование документов и почтовые расходы. Больницы и учреждения медицинского обслуживания штата могут устанавливать более высокую стоимость за документы пациентов согласно Главе 7002 ROW Свода пересмотренных законов штата Вашингтон.

ПОДПИСИ:

- Если вы являетесь лицом, к которому относятся данные документы, поставьте свою подпись и укажите имя и фамилию печатными буквами (или напечатайте) ниже. Укажите дату подписания, свой телефон или контактный номер телефона.
- Если вы ставите подпись за другого человека, укажите, в последней строке, почему у вас есть на это право, и приложите копию судебного распоряжения или другого документа, дающего вам такое законное право. Дети, достигшие возраста, позволяющего давать разрешение (13 лет в случае услуг, связанных с психическим здоровьем, и услуг по лечению от наркотической или алкогольной зависимости; 14 лет в случае информации о ВИЧСПИД и других заболеваниях, передаваемых половым путем; любой возраст в случае услуг по контролю рождаемости и абортов; 18 лет в случае медицинского обслуживания и других документов), или старше также должны ставить подпись, чтобы дать разрешение на предоставление касающихся их конфиденциальных документов.
- Свидетель или нотариус: Для подтверждения вашей личности может потребоваться свидетель или нотариус, если вы не подписываете данную форму лично или если подтверждение запрашивается программой. Это лицо должно поставить подпись и указать свое имя печатными буквами.

УВЕДОМЛЕНИЕ ДЛЯ ДЕПАРТАМЕНТА DSHS: Если данные документы содержат информацию о ВИЧ или заболеваниях, передаваемых половым путем, Департамент DSHS должен уведомить получателей, что эта информация является конфиденциальной и что они не могут далее разглашать эту информацию без специального разрешения, требуемого согласно Своду пересмотренных законов штата Вашингтон (ROW 7024.105(5)). Если Департамент DSHS пересыпает копии документов, связанных с услугами по лечению от наркотической или алкогольной зависимости, и данное разрешение действует в отношении этих документов, то Департамент DSHS должен включить следующую формулировку, производя предоставление информации, согласно требованию положения Свода федеральных постановлений США 42 CFR 2.23:

Предоставленная вам информация взята из документов, защищенных Федеральными правилами соблюдения конфиденциальности (Federal confidentiality rules) 42 CFR часть 2). Федеральные правила запрещают вам производить дальнейшее раскрытие данной информации, если отсутствует определенное письменное разрешение на это лица, которого касается данная информация, или если это не разрешено Сводом федеральных постановлений США 42 CFR часть 2). В данном случае общего разрешения на предоставление медицинской или иной информации НЕ ДОСТАТОЧНО. Федеральные правила ограничивают любое использование такой информации в ходе уголовного расследования или преследования в судебном порядке пациента, злоупотребляющего алкоголем или наркотиками.